

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1942

339

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Anne-Marie RAVET

ANCIENNE EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

NÉE LE 7 FÉVRIER 1915 A ANVERS (*Belgique*)

Présentée et soutenue publiquement le -2 DEC 1942

La Sulfamidothérapie en Obstétrique

Président : M. le Professeur MOCQUOT

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : RAVET

Prénoms : Anne-Marie

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

RAVET (Anne-Marie) LA SUL-
FAMIDOTHÉRAPIE EN OBSTÉTRIQUE.
Vanves, Imprimerie Francisc. 1942,
(16,5 × 25) (54 p.) Planches 8.
Th. méd. (Et.) PARIS 1942. N° .

RAVET (Anne-Marie) LA SUL-
FAMIDOTHÉRAPIE EN OBSTÉTRIQUE.
Vanves, Imprimerie Francisc. 1942,
(16,5 × 25) (54 p.) Planches 8.
Th. méd. (Et.) PARIS 1942. N° .

RAVET (Anne-Marie) LA SUL-
FAMIDOTHÉRAPIE EN OBSTÉTRIQUE.
Vanves, Imprimerie Francisc. 1942,
(16,5 × 25) (54 p.) Planches 8.
Th. méd. (Et.) PARIS 1942. N° .

RAVET (Anne-Marie) LA SUL-
FAMIDOTHÉRAPIE EN OBSTÉTRIQUE.
Vanves, Imprimerie Francisc. 1942,
(16,5 × 25) (54 p.) Planches 8.
Th. méd. (Et.) PARIS 1942. N° .

Nom du Candidat : RAVET

Prénoms : Anne-Marie

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1942

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Anne-Marie RAVET

ANCIENNE EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

NÉE LE 7 FÉVRIER 1915 A ANVERS (*Belgique*)

Présentée et soutenue publiquement le

La Sulfamidothérapie en Obstétrique

Président : M. le Professeur MOCQUOT

LE DOYEN BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	GASTINEL
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	QUÉNU
Anatomie pathologique	LEROUX
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	AUBERTIN
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	DUVOIR
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY
Clinique médicale	ABRAMI
	FIESSINGER
	HARVIER
	P.-VALLÉRY-RADOT
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA
Clinique des maladies des enfants	Robert DEBRÉ
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE
Clinique chirurgicale	CADENAT
	GOSSET
	LENORMANT
	MONDOR
Clinique ophtalmologique	VELTER
Clinique urologique	CHEVASSU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	PORTES
Clinique gynécologique	MOCQUOT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEVEUF



	MM
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale	BROCQ
Clinique propédeutique	M. VILLARET
Clinique de la Tuberculose	TROISIER
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU
Clinique de cardiologie	DONZELOT
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT
Assistance Médico-sociale	N...
	DOGNON
	GIROUD
	HAZARD
Professeurs sans chaire	JAYLE
	JOANNON
	OLIVIER
	VERNE

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE . . Pathologie chirurgicale	DE GENNES . Pathologie médicale
BARIÉTY . . Pathologie médicale	LACOMME . . Obstétrique
Pathologie médicale	LANTUÉJOUL . Obstétrique
BESANÇON (J). Hydrologie	LAVIER . . . Parasitologie
BONNET . . . Bactériologie	LELONG . . . Pathologie médicale
BOULIN . . . Pathologie médicale	LEMAIRE . . Pathologie expérimentale
BROUET . . . Pathologie médicale	LENÈGRE . . Pathologie médicale
BULLIARD . . Histologie	Mlle J. LÉVY . Pharmacologie
CACHERA . . Pathologie médicale	MARCHAL . . Pathologie médicale
CORDIER . . . Anatomie	MÉNÉGAUX . Pathologie chirurgicale
COSTE Pathologie médicale	MOLLARET . Pathologie médicale
COUVELAIRE (Roger) Urologie	MOUQUIN . . Pathologie médicale
DELARUE . . Anatomie pathologique	PATEL Pathologie chirurgicale
DELAY Pathologie médicale	PETIT-DUTAILLIS . Pathologie chirurgicale
DEGREZ (H.) . Physique	RENARD . . . Ophthalmologie
DESOILLE . . Médecine légale	RICHET . . . Physiologie
DIGONNET . . Obstétrique	SÉNÈQUE . . Pathologie chirurgicale
DOGNON . . . Physique	SICARD . . . Pathologie chirurgicale
FEVRE Pathologie chirurgicale	SOULIE . . . Pathologie médicale
FUNCK-BRENTANO Pathologie chirurgicale	SUREAU . . . Obstétrique
GALLIARD . . Parasitologie	TURPIN . . . Pathologie médicale
GARCIN . . . Pathologie médicale	WILMOTH . . Pathologie chirurgicale
Mlle GAUTHIER-VILLARS Anatomie pathologique	

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE . . Pathologie chirurgicale
 CHAILLEY-BERT . . . Physiologie
 GUÉNIOT . . Obstétrique
 HEITZ-BOYER Pathologie chirurgicale
 HUGUENIN . Anatomie pathologique

MM.
 LE LORIER . Obstétrique
 NEVEU-LEMAIRE . . Parasitologie
 PIEDELIÈVRE Médecine légale
 VAUDESCAL . Obstétrique

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.
 ALAJOUANINE
 BRULÉ
 CHABROL
 CHEVALLIER
 LAROCHE Guy
 LIAN
 MOREAU
 SÉZARY

} Clinique médicale

MM.
 BASSET
 GATELLIER
 DE GAUDART
 D'ALLAINES
 MOULONGUET
 MOURE

} Clinique chirurgicale

MM.
 ECALLE . . . } Clinique obstétricale
 VIGNES . . . }

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, Agrégé . . . Éducation physique
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique
 DECHAUME Stomatologie
 N... Puériculture

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur MOCQUOT

Professeur de Clinique Gynécologique

Chirurgien de l'Hôpital Broca

En hommage de respectueux attachement et de profonde reconnaissance pour un enseignement que j'espère bien ne jamais oublier.

A mon Maître

M. le Docteur L. BARY

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

qui nous a toujours
accueillie avec bonté dans
son service.

A mon Maître
M. le Professeur ECALLE
Accoucheur de l'Hôpital Boucicaud

En remerciement de
toute sa bienveillance à
notre égard.

A mon Maître
M. le Docteur BOLLACK
Ophthalmologiste de l'Hôpital Tenon

qui, malgré notre ignorance, nous a accueillie avec beaucoup de bienveillance dans son service.

En hommage de profonde gratitude.

A mon Maître
M. le Docteur JULIEN-MARIE
Médecin des Hôpitaux

En regrettant de n'a-
voir pu suivre que peu
de temps ses très précieux
enseignements.

A mon Maître
M. le Docteur Sylvain BLONDIN
Chirurgien des Hôpitaux

dont l'aide efficace nous
a toujours aidée au cours
de nos études.

En témoignage de très
profonde reconnaissance.

A mon Maître
M. le Docteur R. SUZOR
Accoucheur des Hôpitaux

dont l'esprit critique
nous a largement inspiré
la réalisation de ce travail.

En témoignage de re-
connaissance.

La Sulfamidothérapie en Obstétrique

La sulfamidothérapie est à l'ordre du jour ; plusieurs ont vanté les « résultats magnifiques » obtenus dans un certain nombre d'affections médicales, d'autres se sont proposé de faire « la démonstration des avantages de cette méthode » pour les cas de chirurgie d'urgence GOSSET (1) ; nous voudrions étudier dans ce travail si, dans le domaine obstétrical, les résultats sont satisfaisants et s'il n'est peut-être pas sans danger que les mérites de cette thérapeutique soient si généralement admis.

En effet, si la sulfamidothérapie a fait ses preuves à propos des affections médicales, si celles-ci sont encore à faire pour les affections de chirurgie d'urgence, on peut se demander où nous en sommes actuellement dans le domaine obstétrical. Voici déjà sur six bonnes années que la méthode est utilisée. Comme pour les affections médicales le recul est suffisant, les documents existent. Il reste à préciser, si nous possédons des observations similaires, c'est-à-dire mentionnant des « résultats magnifiques ».

C'est cette mise au point que nous allons nous efforcer d'établir. Pour ce faire, nous disposons de trois sortes de documents :

- 1^o) La littérature des laboratoires.
- 2^o) Les observations publiées dans les diverses sociétés savantes.
- 3^o) Les observations personnelles inédites.

Nous ne retiendrons aucune des observations de la littérature des laboratoires, non pas tant en raison de la partialité « en faveur » que ceux-ci pour des raisons trop faciles à comprendre, peuvent être amenés à manifester, qu'en raison du caractère « très incomplet » constaté à la lecture de ces documents, ce qui leur enlève toute valeur d'appréciation.

Nous utiliserons surtout les documents publiés ces dernières années et présentant un caractère d'objectivité certaine. Notamment nous retiendrons *toutes* les observations d'infection puerpérale publiées à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Paris et

ses filiales ces dernières années. Nous signalons cependant que certaines communications, du fait de leur forme trop résumée, n'ont pas été retenues. Il en est ainsi de celles de MM. PAUCOT et GELLE (2), GERNEZ (3), HOUEL (4), ainsi que du travail de BONAFOS (8), mentionnant un certain nombre d'observations sous une forme également très brève. Mises à part ces dernières, nous pensons n'avoir omis d'autres communications publiées dans ces diverses sociétés.

Enfin nous essayerons de conclure à l'aide de quelques-unes de nos observations personnelles.

Notre étude comprendra deux chapitres :

- 1^o) Valeur prophylactique,
- 2^o) Valeur curative.

I. — VALEUR PROPHYLACTIQUE

Peut-on impunément administrer des doses de sulfamide à toutes parturientes dans un but prophylactique, c'est-à-dire chez une parturiente jusque-là indemne de toute infection ?

— *Oui, sans aucun doute, si l'administration de ce médicament n'entraîne aucun trouble du fait de sa toxicité.*

— *Oui, également, s'il est avéré, prouvé que la valeur prophylactique est réelle.*

— *Oui, enfin, si l'accouchement est trop souvent suivi de phénomènes infectieux suffisamment sérieux pour menacer la vie de la malade.*

Autant de conditions, autant de points à préciser.

1^o) La sulfamide est-elle toxique ?

Dès le début de l'apparition des préparations sulfamidées, celles-ci furent présentées au Corps médical comme étant dépourvues de toute toxicité. Cependant MALET (5) mentionne dans sa thèse — page 21 — des troubles divers entraînés par l'absorption de RUBIAZOL tels que vomissements et diarrhée. VERMELIN et HARTEMANN (6) rapportent cinq observations, dont avec une mort de la malade « paraissant bien avoir été entraînée par l'injection intra-veineuse du médicament » et où, chaque fois des troubles sévères s'étaient manifestés. MAHON et PERY (7) signalent une intolérance avec rejet

des comprimés de sulfamide, BONAFOS (8) rapporte plusieurs observations avec troubles analogues.

A vrai dire et mises à part les observations de VERMELIN et HARTEMANN, il ne s'agissait que de troubles peu graves, mais simplement gênants et désagréables pour la malade. Ces troubles n'étant pas constants, il pouvait paraître légitime, réserves faites des deux autres conditions ci-dessus exposées, de faire la prescription régulière du médicament.

Mais les premières préparations ont fait place à d'autres pour des raisons qu'il est inutile de développer ici. Ces nouvelles formes ne semblent pas aussi anodines que les précédentes. J. DECOUX (9), énumère, en effet, et avec quel luxe de détails, « les accidents pénibles auxquels expose cette thérapeutique » dont il reconnaît cependant la valeur.

En fait, le travail de cet auteur jette une note singulièrement discordante parmi le faisceau de louanges en faveur de la sulfamidothérapie. Qu'on en juge :

« Outre les signes cliniques habituels de toute intoxication (céphalée, nausées, vomissements, diarrhée), signalons l'élévation de la température à 39° et même davantage. » Ce symptôme est assez souvent accompagné d'une éruption scarlatiniforme et il ajoute : « Nombre de ces signes se retrouvent dans l'intoxication par l'aniline. »

L'auteur étudie ensuite les manifestations d'ordre allergique, les effets sur le système nerveux, la fonction rénale, la lignée sanguine (agranulocytose, anémie, cyanose) effets signalés encore tout récemment par HILLEMAND et AUDOLY (10). Il rapporte à ce propos un cas assez sérieux où « ... le malade a pu cependant être sauvé ». Cette évolution *très relativement* favorable fut moins heureuse pour trois autres malades atteints de blennorragie, maladie réputée de mortalité plutôt faible, et qui passèrent de vie à trépas après ingestion de doses assez importantes du médicament.

Ces faits sont à présent bien connus, la sulfamide est toxique mais cliniquement son degré de toxicité est encore mal connu, car il existe des susceptibilités individuelles. Malgré l'opinion vraiment très optimiste de certains, ce médicament est assez souvent mal toléré chez les *hépatiques*, les *rénaux* et surtout chez les malades déjà *anémiques* en raison de l'action très manifeste sur les éléments figurés du sang. On compte, paraît-il, les cas de mort. J. DECOUX

en rapporte trois. Nous avons rappelé plus haut celui de MM. HARTEMANN et VERMELIN. Il y en a bien d'autres, ne seraient-ce que ceux signalés par : RESTONNEIX (11), mort par accès de cyanose ; MARTIN SCHUBERT (12), lésions des centres nerveux ; EULER (13), érythème ; MERGELSBERG et GRUMER (14), érythème, hématurie et anémie ; O'CONNEL (15), agranulocytose ; J. SCHWARTZ GARVIN et KOLETSKY (16), agranulocytose ; BERG et HOLTZMANN (17), agranulocytose ; F. D. JOHNSON (18), agranulocytose ; FROST (19), cyanose ; MODEL (20), agranulocytose ; PLUMER (21), anémie ; YOUNG (22), agranulocytose ; BORST (23), agranulocytose.

Certes, nous sommes d'accord avec J. JANET (24), que ces cas de mort sont évidemment « exceptionnels » mais il importait seulement pour nous de démontrer la toxicité du médicament.

Nous ne pouvons nous empêcher cependant de penser que des cas de mort moins exceptionnels existent : EULER (déjà cité) recommande de ne pas dépasser la dose totale de 15 à 25 grammes chez la femme. En regard de cette opinion légitime, d'un auteur ayant enregistré un cas mortel, nous prenons connaissance d'observations où les malades ont reçu des doses beaucoup plus importantes n'ayant nullement empêché l'évolution de la maladie vers la mort. Nous pouvons donc nous demander si le décès n'a pas été hâté plutôt que retardé par une thérapeutique aussi active.

Pour citer une de ces observations nous indiquons celle de DIGONNET (64) où la malade a reçu 149 grammes de (1. 162 F) plus 49 grammes de (1. 555 R. P.). Nous nous garderons bien d'affirmer que cette malade est décédée *à cause* d'une sulfamidothérapie trop poussée, car elle présentait une forme grave d'infection, mais nous sommes bien obligés de constater que cette forme n'est pas fatalement mortelle ainsi qu'il sera exposé plus loin. De toute manière nous nous séparons complètement de l'opinion de l'auteur lorsqu'il interprète l'échec de cette thérapeutique en formulant dans ses conclusions que la « médication chimiothérapique (sulfamide plus sulfone) a été insuffisante », laissant ainsi entendre que ce dernier qualificatif concerne la « dose » pourtant considérable et non « l'action ».

Il y a des morts ignorées et nous pouvons penser que leur nombre n'est peut-être pas si négligeable.

En résumé le problème à résoudre est de données assez simples :

puisque nous posons que la sulfamide ne peut être administrée à titre prophylactique que si elle n'entraîne aucun trouble toxique, il convient de déterminer la dose en deçà de laquelle ces troubles sont inexistantes. Il restera à prouver que l'action prophylactique subsiste.

2°) — La sulfamide a-t-elle réellement une action prophylactique vis-à-vis des infections des suites de couches ?

Le premier travail sur cette question semble bien être celui de LACOMME publié en deux fois en juillet 1936 (25) et en juin 1937 (26), repris dans la thèse de MALET (déjà cité). Ces auteurs exposent que toute femme entrant dans le service de la Maternité Baudelocque absorbe systématiquement un certain nombre de comprimés de carboxy-sulfamido chrysoidine (Rubiazol). Puis après un certain temps écoulé ils confrontent la proportion respective de morbidité et de mortalité avec celle observée dans les années précédentes et celle observée dans deux autres services hospitaliers. (Maternité de Port-Royal et Hôpital de Saint-Antoine).

Ce premier travail a suscité des essais analogues dans d'autres services tant à Paris qu'en province et même à l'étranger. LE LORIER (27), LANTUEJOUL (28), VORON, PIGEAUD et BURTHIAULT (29), RHENTER (30), GUENIOT (31), Juan LÉON et FERRARI (32), BETTO (33), BONAFOS (déjà cité) ont tenté les mêmes essais. Quels ont été les résultats ?

LE LORIER signale qu'en sept mois il n'a pas observé d'infection grave, mais en revanche une recrudescence de phlébites.

LANTUEJOUL ne conclut pas.

VORON, PIGEAUD et BURTHIAULT n'ont noté aucune modification en bien ou en mal. Ils ont la même morbidité et la même mortalité avant et pendant l'essai.

GUENIOT a pu voir mille femmes accoucher dans son service sans un décès.

Juan LÉON et FERRARI se sont contentés d'un essai portant sur 361 femmes.

BETTO seulement 81 femmes.

BONAFOS 60 observations.

On peut dire de ces essais secondaires qu'ils ne peuvent se comparer en importance à celui fait par les promoteurs de la méthode. Ils portent sur une durée ou un nombre d'observations dérisoires et

les conclusions de leurs auteurs nous paraissent pour le moins un peu hâtives. *Pour notre part*, nous ne sommes *nullement surpris de constater dans le service où nous exerçons nos fonctions que mille femmes* et même bien davantage peuvent accoucher sans enregistrer de décès.

Jusqu'à présent LACOMME n'a pas apporté de conclusions formelles mais cet auteur laisse cependant entendre que l'excellent état sanitaire constaté dans le service où a été tenté l'essai pourrait être attribué à la sulfamidothérapie préventive telle qu'elle y est pratiquée.

Nous nous abstiendrons de critiquer dans le détail ce travail car il est toujours facile de critiquer, mais dans l'ensemble nous ne pouvons nous empêcher de souligner combien sont trompeurs les résultats basés sur une statistique. Il suffit de réfléchir sur la manière dont fonctionne un service d'obstétrique pour juger de l'infidélité des chiffres lorsqu'une telle expérience est menée. Combien d'éléments vont modifier en bien ou en mal les résultats d'une année :

Le rôle du personnel est capital. Nous n'irons pas jusqu'à attribuer à ce rôle les indices différents de mortalité observés par LACOMME entre la clinique Baudelocque d'une part et les maternités de Port-Royal et de Saint-Antoine d'autre part, mais nous sommes obligés de souligner que ces derniers services pris en comparaison sont des écoles de sages-femmes où des élèves nombreuses et encore inexpérimentées donnent leurs soins aux parturientes. Il nous semble qu'il eût été plus logique de confronter la mortalité de Baudelocque avec celle de services de même ordre et de fonctionnement comparable.

Notre recherche nous a d'ailleurs permis de constater que dans la plupart des maternités parisiennes (Tarnier, Bichat, Boucicaut) la mortalité a été plus faible précisément dans la période où fut menée l'expérience de MALLET, notamment à Boucicaut où la mortalité par infection, déjà très faible en 1936-37, s'est montrée nulle en l'année 1938.

Ce rôle du personnel soignant, sur lequel insiste d'ailleurs LANTUEJOL (28), avait déjà été mis en lumière par TARNIER (34).

Ce maître, en effet, fait observer au cours d'une leçon faite en 1800, que la mortalité a été plus faible en 1889 qu'au cours des

années précédentes (page 31, 12^e ligne) dans le service de clinique de la Faculté.

Il ajoute, mais seulement quelques lignes plus loin, car il reste indulgent pour ses prédécesseurs : « En novembre 1888, je pris moi-même possession de la clinique et vous voyez que l'an dernier nous avons enregistré la mortalité la plus faible. »

Nous pourrions ajouter aujourd'hui que bien d'autres facteurs peuvent influencer sur les résultats d'un service hospitalier par rapport à ceux d'un autre.

Mais le problème demande à être résolu. Sa solution en fait existe et voici une méthode rapide pour la trouver :

1^o) *Est-on en droit d'affirmer qu'un médicament a exercé une action prophylactique parce que des accouchées à qui avait été préalablement administré ce médicament se sont tirées indemnes de l'épreuve de l'accouchement ? Dès à présent nous répondons par la négative. L'étude faite plus loin sur les risques d'infection que comporte l'accouchement étayera notre réponse.*

2^o) *Est-on en droit d'affirmer maintenant qu'un médicament a exercé une action prophylactique, lorsqu'on constate chez une récente accouchée des signes d'affection grave, alors que ladite accouchée a reçu préventivement les doses convenables du médicament ? Nous pouvons répondre également par la négative.*

A supposer, par conséquent, que des observations d'infection grave, concernant des femmes antérieurement traitées, existent ; nous pouvons donc dans le pays de DESCARTES (35) déduire que la prophylaxie est en défaut.

Nous avons eu la curiosité de rechercher si des observations selon ce schéma avaient été publiées. Notre investigation nous a permis de constater qu'il en existait un certain nombre. Nous en donnons les références plus loin, car ces mêmes femmes qui avaient été traitées préventivement le furent par la suite curativement, s'il est permis d'employer un tel néologisme.

Il reste enfin un point à préciser : si nous considérons les premiers essais, nous constatons que les doses administrées étaient très faibles ; trop faibles pourrait-on dire, car nous savons aujourd'hui que l'efficacité de la sulfamide n'est réelle que lorsqu'existe

une concentration sanguine suffisante. En outre, l'élimination du produit est assez rapide.

On peut donc se demander devant ces nouvelles acquisitions de pharmacodynamie si le premier essai de **prophylaxie n'est pas devenu caduc dans ses résultats**, du fait de l'action antiseptique quasi nulle attribuée aujourd'hui à d'aussi faibles doses que celles utilisées à l'époque.

Nous retrouvons ici, sous une autre forme, le même problème que celui posé lors du paragraphe précédent : Quelle serait la dose nécessaire pour obtenir une prophylaxie réelle sous réserve d'absence de phénomènes toxiques. La question est encore à l'étude.

3°) L'accouchement est-il un acte trop souvent suivi de phénomènes infectieux et ceux-ci sont-ils suffisamment sérieux pour menacer la vie de la malade ?

Un auteur, dont nous nous excusons de ne pouvoir citer le nom, a pu écrire que l'accouchement ne devait jamais être suivi de phénomènes infectieux et ceci bien avant que la sulfamide fût utilisée. D'après lui, toute infection serait la rançon d'une faute de la sage-femme ou de l'accoucheur assistant la parturiente. L'écrit de cet auteur avait évidemment dépassé sa pensée, mais il faut savoir distinguer l'esprit et la lettre de cette affirmation.

Quant à nous, il nous semble tout à fait anormal et inquiétant de voir se développer un état d'esprit par lequel on considère toute femme enceinte comme étant vouée à l'infection, cette conception nous paraît contraire à la physiologie obstétricale.

Lorsqu'on prend connaissance des résultats publiés par les divers auteurs, nous constatons que ceux-ci établissent une discrimination entre la mortalité et la morbidité. Si nous envisageons ces deux groupes de résultats, nous pouvons écrire ceci :

MORTALITÉ

La mortalité est ce qu'elle est, c'est-à-dire très variable d'une région à l'autre ; (très élevée à Lisbonne en 1934, elle était très faible en France à la même époque selon les chiffres de Marcel MOINE (38). Variable également d'une période de l'année à l'autre pour la même région.

En 1856, il y eut 14 décès sur 3.222 accouchements, d'après les registres de l'état civil d'une mairie, cependant, durant le seul mois de mai de la même année, 31 femmes mouraient dans un service hospitalier alors que 32 femmes seulement y accouchaient, TARNIER (39) ; plus récemment, dans une maternité parisienne, aucun décès par infection en 1925 ; 5 décès dans le seul mois de décembre en 1927 (40).

Nous avons dit plus haut ce que nous pensons des statistiques, cependant, pour le lecteur amoureux des chiffres et à seule fin de satisfaire son esprit, nous signalons l'important travail de D. J. POMPOURAS (41) comportant 110 pages de chiffres et statistiques d'un grand nombre de maternités de France et de l'étranger. Nous ne citerons qu'un chiffre, celui de la conclusion. L'auteur nous apprend en effet, que la *mortalité par infection* est descendue progressivement à un chiffre moyen de deux décès pour mille accouchements, soit 0, 2 %. On peut prétendre abaisser ce chiffre. De fait, le travail de J. D. POMPOURAS date de 1933. Mais pour ceux qui depuis croiraient avoir fait un progrès plus ou moins important par l'obtention d'une mortalité moindre, nous citons les proportions de 0.00%, 0.16 %, 0.07 %, 0.15 %, représentant la mortalité durant les années respectives 1888, 1890, 1891, 1894 à la Clinique de la Faculté TARNIER (34), page 824.

Ainsi donc, pendant d'assez longues périodes, à la fin du siècle dernier, la mortalité était *inférieure* au taux moyen de celle observée en 1933. Mais ce qui donne toute leur valeur aux chiffres de TARNIER, c'est qu'il est bien spécifié par ce Maître que les décès enregistrés comprenaient aussi bien les femmes accouchées dans son service que celles accouchées ailleurs et admises ultérieurement dans le dit service pour une infection en cours...

« Parmi toutes ces femmes, plusieurs étaient assurément vouées d'avance à la mort, mais que seraient devenues ces malheureuses si je ne les avais pas admises dans mon service ? L'humanité exige au contraire qu'on les reçoive d'urgence ; aussi mes salles leur sont toujours ouvertes. »

Quelle statistique actuelle, *tenant compte de cette dernière particularité*, accuse une mortalité inférieure à celle déjà constatée en ce temps ? Nous le demandons.

Nous pouvons donc admettre que si l'accouchement comporte

des risques, ceux-ci sont à présent fort limités, et en tout état de cause, le fait pour un procréateur de rendre une femme enceinte n'équivaut pas à lui faire cadeau d'un bon pour un voyage dans l'au-delà.

Nous allons cependant avoir à examiner les raisons pour lesquelles certaines femmes restent prédisposées à l'infection particulièrement aux formes graves pouvant entraîner la mort.

MORBIDITÉ

1°) Nous constatons à la lecture des publications faites sur ce sujet que la plupart des auteurs évaluent le degré d'infection d'après l'importance de la température. Ainsi l'on sépare les infections graves, des moyennes et des légères, selon que la température atteint respectivement 40, 39 ou 38 ou des chiffres approchants.

Nous ne *pouvons suivre ces auteurs et accepter une telle classification suiette selon nous aux plus grossières erreurs*. L'interprétation de la température est loin d'être toujours facile. ECALLE (42) l'a bien montré avec des observations précises. HARTEMANN (43) rapporte une observation particulièrement déroutante. PERY, BALARD et MANGE (44) également, et nous pourrions en citer bien d'autres. Nous préférons de beaucoup la classification proposée par JEAN-NIN (45) basée sur le *diagnostic anatomique* de la forme d'infection.

La température en effet n'est qu'un symptôme et celui-ci est commun à un grand nombre d'affections qui peuvent se voir au cours des suites de couches.

La localisation au contraire, est un fait permettant d'évaluer la gravité d'une infection avec beaucoup de précision. En son absence, la réponse de l'hémoculture et surtout des hémocultures réputées (VORON, LYONNET et MAGNIN (46) auront la même valeur semiologique. Pour ne citer qu'un exemple d'erreur grossière due à la classification suivant la température, nous trouvons (thèse de MALET, p. 30) parmi les observations classées dans les infections graves prétendument jugulées par le rubiazol, une simple lochio-métrie due à une coudure de l'utérus tandis que l'auteur se contredisant involontairement après l'exposé de son observation n'hésite pas à écrire : Il suffit de placer un drain dans le col, qui évacue une abondante quantité de lochies purulentes fétides, pour voir

descendre aussitôt la température. » D'après la température, cette malade était ainsi classée parmi les cas graves, alors qu'anatomiquement, il s'agissait d'une simple rétention de lochies, incident d'une banalité reconnue envers lequel, d'ailleurs, le rubiazol ne pouvait avoir aucune action.

Nous considérons donc avec JEANNIN (déjà cité) comme *infections graves*, les péritonites, les septicémies, les phlébites suppurées pelviennes, sans nous occuper le moins du monde du degré de température pouvant être atteint au cours de ces affections.

Ce sont à vrai dire *les seules méritant d'être classées sous cette rubrique*, car seules elles mettent en danger la vie de la malade par leur évolution propre. Nous entendons par là que la mort par embolie mécanique au cours d'une phlébite adhésive simple est une toute autre chose car cette « infection atténuée » est loin d'avoir cette évolution habituelle, l'embolie étant une complication contingente de l'affection en cours.

Mises à part ces trois formes d'infection, nous considérons comme *infections moyennes* : les plegmons du ligament large, les métrites parenchymateuses, les phlébites adhésives simples. Enfin comme *infections légères* les endométrites et les plaies périnéales.

2) *Quelle est donc l'évolution habituelle de ces différentes formes d'infections ?*

1°) Pour les formes légères, la question ne se discute pas. Elles guérissent toujours. Souvent par des moyens très simples, parfois spontanément sans aucune thérapeutique. On pourrait dire : Elles ne nous intéressent pas ici.

2°) Les moyennes guérissent également dans une très grosse proportion, mais nous reconnaissons volontiers qu'elles sont susceptibles de s'aggraver.

3°) Les graves peuvent également guérir. (On le verra plus loin) mais elles peuvent plus souvent se terminer par la mort de la malade.

Tels sont les faits, nous doutons qu'il soit possible de les contredire. Ce qui importe à présent pour la question envisagée, c'est-à-dire pour juger de l'opportunité de la sulfamidothérapie, c'est de savoir *quelles sont les femmes qui, durant leurs suites de couches, feront des infections graves.*

Sont-ce vraiment des femmes ayant présenté un accouchement pour lequel une intervention obstétricale quelconque a été faite ?

Beaucoup l'admettent. Notre point de vue est différent, car lorsque nous intervenons, *c'est pour soulager et non pour aggraver*. Lorsque nous extrayons par un procédé quelconque un fœtus d'un œuf infecté nous enlevons d'un contenant (l'utérus) un contenu (l'œuf) septique exécutant ainsi une intervention tout à fait comparable à celle faite par le chirurgien qui vide un abcès. L'intervention n'est donc pas infectante puisque l'infection existait déjà. Nous admettons donc parfaitement que des femmes accouchant spontanément puissent faire des infections et même des infections graves. Mais si en cela nous sommes d'accord avec un assez grand nombre d'auteurs, nous n'entendons pas pour cela identifier l'accouchement *spontané* avec l'accouchement *normal*. Une femme peut accoucher spontanément et avoir malgré cela un travail anormal soit par sa durée, soit par le caractère des contractions, soit par le moment de la rupture de la poche des eaux, soit par les caractères de la présentation.

On pourrait presque affirmer que pas un accouchement spontané n'ait sa petite anomalie et la conception par laquelle on identifie l'accouchement normal avec l'accouchement spontané est une erreur.

Au reste, il y a d'autres éléments que l'accouchement proprement dit à envisager : Ceux-ci jouent un rôle important dans le développement possible d'une infection. Il y a notamment l'état antérieur, il y a également la manière dont se fait la délivrance.

L'étude d'un grand nombre d'observations nous permet de classer les femmes prédisposées aux infections qu'elles soient accouchées spontanément ou non, selon le tableau suivant :

- 1^o — *les intoxiquées* : albuminuriques, éclamptiques, apoplectiques, utéroplacentaires, *fatiguées par le travail pénible*.
- 2^o — *les anémiques* : soit du fait d'une anémie gravidique, soit du fait d'hémorragies répétées de grossesses (placenta prævia) ; soit du fait d'hémorragies de la délivrance.
- 3^o — *les traumatisées* dont le périnée, le col, le segment inférieur peuvent être lésés, représentant autant de portes d'entrée pour l'infection, mais dont la *susceptibilité vis-à-vis de l'infection tient aussi aux hémorragies accompagnant fréquemment ces lésions*.
- 4^o — *les femmes mal délivrées* : trop rapidement ou trop lentement et surtout incomplètement.

5° — *celles déjà infectées* (dont nous ne devrions pas parler ici puisque nous envisageons la prophylaxie), soit par affections locales, fibromes, tumeurs pelviennes diverses ; soit par infection générale, maladie, grippe.

Nous ne craignons en réalité que pour les femmes faisant l'objet de cette classification et *seulement pour celles-ci*, le développement d'une infection dans les suites de couches ; encore n'en feront-elles pas toutes : le fait de pratiquer une manœuvre d'extraction (forceps version) ne constitue pour nous qu'une cause tout à fait accessoire. Nous dirions même sans importance à la condition que cette intervention ait été exécutée correctement et dans les conditions voulues n'entraînant aucune des lésions permettant de classer la femme parmi les traumatisées. Il faut d'ailleurs insister sur le fait que ces traumatismes relèvent assez souvent *d'indications mal posées. La proportion trop importante d'infectées relevant de cette pathogénie devrait selon l'écrit de l'auteur (non cité) dont l'esprit avait dépassé la lettre, disparaître.*

Il en est de même pour les mal délivrées.

Restent donc seulement les intoxicquées et les anémiques qui fournissent et fourniront sans doute pendant longtemps le plus fort contingent d'infectées.

Ayant situé les trois conditions que nous avons posées en tête de ce chapitre, il nous faut à présent y revenir pour juger de l'opportunité de la sulfamidothérapie préventive.

1° — La sulfamide est-elle *toxique* ? OUI, elle peut entraîner l'anémie, l'agranulocytose, elle est contre-indiquée chez les hépatiques et cause en général d'autant plus d'accidents que la dose administrée est plus élevée.

2° — La sulfamide est-elle réellement *prophylactique* des infections des suites de couches ?

Les statistiques ne répondent pas.

Les observations isolées, mais en assez grand nombre disent :

NON (femmes antérieurement traitées et secondairement infectées).

3° — L'accouchement est-il *habituellement suivi de phénomènes*

infectieux suffisamment sérieux pour menacer la vie de la malade ? NON incontestablement. Très rarement, on observe une infection grave laquelle n'est d'ailleurs pas fatalement mortelle, mais ces formes *d'infections graves* surviennent précisément *chez des femmes* pour lesquelles la sulfamide est *contre-indiquée* (intoxiquées, albuminuriques, éclamptiques ou anémiques).

Nous pouvons donc conclure ce premier chapitre par cette affirmation simple :

La sulfamidothérapie préventive systématique pour les infections des suites de couches est inutile. Lorsqu'elle pourrait être utile, elle est contre-indiquée.

II. — VALEUR CURATIVE DE LA SULFAMIDOTHÉRAPIE

L'étude de la valeur curative de la sulfamidothérapie peut être beaucoup plus simplement exposée que celle de la valeur prophylactique.

En effet, lorsqu'on étudie la valeur prophylactique, le résultat objectif n'est que rarement constaté.

Ainsi il est impossible d'affirmer devant une récente accouchée, qu'elle aurait fait une infection grave si elle n'avait reçu la dose prophylactique et ce sont les cas les plus fréquents.

Il est seulement possible d'affirmer l'inefficacité du médicament, lorsque la récente accouchée fait une infection grave après avoir reçu la dose prophylactique. Or, ces cas sont assez rares *puisqu'ils le sont déjà en l'absence de toute prophylaxie*.

Pour l'étude de la valeur curative, le résultat objectif ne fait jamais défaut. Nous admettons que la sulfamide peut influencer sur les symptômes généraux, pouls, température, mais nous n'envisageons ici que l'évolution terminale : la malade guérit ou ne guérit pas. Ce résultat cependant n'a de valeur que si l'on considère les infections graves. Nous savons en effet que les autres guérissent toujours. Même pour les infections graves cette valeur n'est que

relative, la mortalité n'étant pas de 100 % et un assez grand nombre pouvant guérir par des médications très diverses.

Nous exposons ci-dessous les observations se rapportant aux formes graves d'infections avec, en regard, le résumé du traitement mis en œuvre pour ces malades.

PHLÉBITES SUPPURÉES PELVIENNES

Nous trouvons 18 communications de 19 phlébites pelviennes et les classons ci-dessous selon l'évolution vers la mort ou la guérison en mentionnant les traitements mis en œuvre :

DÉCÉDÉES

<i>Références</i>	<i>nombre de cas</i>	<i>Traitements</i>
LEVY SOLAL (74)	1	Rubiazol
LEVY SOLAL SUREAU COHEN (75)	1	Hystérectomie
BALARD et VIAUD (76)	2	Sérum de Vincent
LAFFONT et EZES (77)	1	Vaccins
PAUCOT et LEGRAND (78)	1	Sulfamide
PATOIR DECOULX (79)	1	Hystérectomie
FULCONIS (80)	1	Ligature veine cave
DIGONNET (81)	1	Sulfamide

Total : 9

dont 3 traitées par la sulfamide

GUÉRIES

LACOMME (82)	1	Sulfamide à partir du 21 ^e
VERMELIN et HARTEMANN (6)	1	Sulfamide intra veineux [<i>jour</i>
DAUVERGNE et BANSILLON (83)	1	Guérison spontanée.
Max MOREL (84)	1	Guérison spontanée.
MAHON (85)	1	Sérum de Vincent hysrect.
VORON, BROCHIER, ROCHET (86)	1	Guérison spontanée
LAFFONT, BONAFOS, MOLANDRE (87)	1	Hystérectomie
ANDERODIAS (88)	1	Ligature
LAFFONT et EZES (77)	1	Bactériophage vaccin
MAGENDIE (89)	1	Ligature

Total : 10

dont 2 traitées par la sulfamide.

PÉRITONITES

Nous trouvons 10 communications de 17 péritonites classées ci-dessous selon l'évolution vers la mort ou la guérison, en mentionnant en regard les traitements mis en œuvre.

DÉCÉDÉES

<i>Références</i>	<i>nombre de cas</i>	<i>Traitements</i>
VORON	3	Simple drainage
SCHEBAT et BUROU (66)	2	Drain prontosil et sérum de Vincent
BRETTE (67)	1	Simple drainage

Total: 6

dont 2 traitées par sulfamide.

GUÉRIES

SCHEBAT et BUROU (66)	1	Drainage et sérum de Vincent
ESTIENNY (68)	1	Simple drainage
KELLER (69)	2	Intervention, pas de médicament
DELANNOY (70)	1	Hystérectomie, sérum Normet
FAVREAU (71)	1	VINCENT, sulfarsenol bouillie lactique, lysococcine et soluseptazine Drain.
ANDERODIAS (72)	1	Intervention, pas de médicament.
BRETTE (67)	2	Simple drain
CONTAMIN (73)	2	Simple drain

Total: 11

dont 1 traitée par la sulfamide en association avec d'autres médicaments.

SEPTICÉMIES

Nous trouvons 20 communications de 23 septicémies classées ci-dessous selon l'évolution vers la guérison ou la mort, en mentionnant en regard les traitements mis en œuvre :

DÉCÉDÉES

<i>Références</i>	<i>nombre de cas</i>	<i>Traitements</i>
SCHEBAT et BUROU (60)	2	Rubiazol et prontosil
VORON et BROCHIER (61)	1	Pas de traitement indiqué
LAFFONT et EZES (48)	1	Filtrats vaccins
BURGER (62)	1	Prontosil et rubiazol
RHENTER et AMBRE (63)	1	Rubiazol
TRILLAT CONTAMIN BURTHIAULT (58)	1	Sérum alcoolisé
DIGONNET (64)	1	Septoplix et quinine

Total : 8

dont 5 traitées par la sulfamide.

GUÉRIES

CLEISZ (47)	2	Sérum de Vincent
LAFFONT et EZES (48)	2	Filtrats vaccins abcès de fixation
VORON et BROCHIER (49)	1	Vaccinothérapie Salvarsan
VERMELIN (50)	1	Injection intra-utérine
MAHON (51)	1	Sérum de Vincent, abcès de
ANDERODIAS MAHON CHASTAIGNIER (52)	1	Sérum de Vincent [fixation]
RHENTER POLOSSON BEGULE (53)	1	Sérum alcoolisé
VORON LYONNET FLATTOT (54)	1	Échec de sulfamide Sérum alcoolisé
MAHON PERY (55)	1	Intolérance au rubiazol Abcès de fixation Échec de sulfamide
SUZOR (56)	1	Intoxication transfusion goutte à goutte
PORTES (57)	1	Thérap. non mentionnée
TRILLAT CONTAMIN BURTHIAULT (58)	1	Sérum alcoolisé Échec de sulfamide
PERY (59)	1	Sérum de Vincent Abcès de fixation

Total : 15

dont aucune traitée par la sulfamide
à titre curatif, et 4 ayant reçu le traitement préventif.

QUE PEUT-ON CONCLURE APRÈS LA LECTURE DE CES OBSERVATIONS ?

Sur les 19 phlébites suppurées il est impossible de trouver un argument en faveur de telle ou telle thérapeutique. Les malades meurent (9 fois) ou guérissent (10 fois) avec des thérapeutiques variées. A noter qu'un certain nombre guérissent spontanément.

Aucune déduction sur la valeur de la sulfamidothérapie ne peut être tirée des observations de péritonite.

Si l'on envisage par contre les résultats du traitement dans les septicémies, il *semblerait* qu'il faille conclure à l'inefficacité de la sulfamidothérapie, conformément aux remarques faites par LEMIERRE (90) au sujet de certaines septicémies médicales.

Certains trouveront sans doute étonnant ou sévère que nous portions un jugement sur la valeur de la sulfamidothérapie à propos d'une affection aussi grave qu'une septicémie, car, comme il nous a été plusieurs fois opposé « on ne peut demander à une médication d'agir dans des cas aussi graves. »

Mais nous pensons que c'est précisément pour les affections graves que nous avons besoin d'une thérapeutique nouvelle et non pour celles qui guérissent spontanément ou par les procédés de thérapeutiques les plus banaux ; cependant il nous paraît difficile et peut-être un peu excessif de conclure d'après la documentation citée, dans un sens ou dans un autre, en effet, lorsqu'on lit en détail les observations publiées dans le bulletin de Gynécologie obstétrique, on *n'en trouve guère qui soit cliniquement et surtout scientifiquement satisfaisantes ;*

1^o Les observations sont le plus souvent incomplètes. Plusieurs thérapeutiques ont été instituées de front.

2^o La sulfamide a été donnée de façon variable, irrégulière.

3^o On n'a pas vérifié ou suivi la concentration sanguine du médicament.

Ainsi donc on peut se demander, devant cet apport plutôt défavorable mais que nous voulons bien considérer comme nul, c'est-à-dire ne permettant aucune conclusion ni dans un sens, ni dans un autre, sur quelles bases sérieuses repose la vogue d'une telle médication en obstétrique.

Devant le peu d'évidence apporté par ces observations, nous avons essayé de nous faire une opinion d'après nos observations personnelles. On comprendra que celles-ci soient peu nombreuses.

PHLÉBITES SUPPURÉES

OBSERVATION N° I

MADAME X (374 - 1937).

Malade de ville entrant à Boucicaut trois jours après un accouchement pénible : plusieurs applications de forceps faites par le médecin, déchirure complète du périnée, délivrance artificielle.

A l'arrivée : femme à l'aspect fatigué, pâle, température à 40°, pouls 130. Examen local : col béant laissant s'écouler quelques lochies fétides. — T. V. placenta sphacélique sortant du col.

Les jours suivants frissons, température à grandes oscillations, hémoculture restant négative.

Or, cette malade avait reçu du *carboxy-sulfamido-chrysoïdine* à titre préventif trois jours avant son accouchement, le traitement avait été continué pendant les trois jours précédant son entrée à l'hôpital, ce qui n'a pas empêché, étant donné les fautes locales faites, l'évolution d'une phlébite suppurée pelvienne avec embolies septiques.

Devant la symptomatologie d'abcès pulmonaire, elle est envoyée à Broussais (service du Dr Monod) où elle décède peu après.

OBSERVATION N° II

(communiquée par M. le Dr SUZOR.)

MADAME B..., accouchée en ville, le 7 - 9 - 42.

Accouchement normal, délivrance normale, pas de température.

A cette femme chez qui tout est normal, on donne immédiatement après l'accouchement et à titre *prophylactique* :

16 comprimés de carboxy-sulfamido chrysoïdine, puis

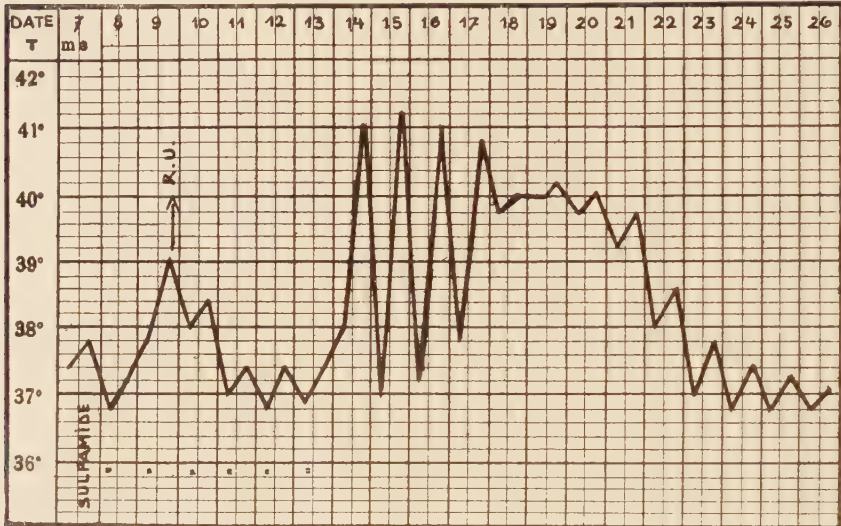
14 comprimés de paramino-phényl sulfamide.

Deux jours après l'accouchement, la température monte à 39°, une révision utérine faite alors ne ramène rien.

Le surlendemain, la température retombe à 37°.

Après deux jours de calme, apparition brusque de frissons pendant lesquels la température atteint 41° pour redescendre rapidement à la normale pendant leur intervalle.

Nous sommes appelés auprès de cette malade à ce moment.



OBSERVATION N° II.

Examen : température très élevée, deux grands frissons par jour, pâleur, abdomen légèrement ballonné, un peu douloureux et empâté à droite.

Urines : négatives. Hémocultures négatives.

Il s'agit d'une phlébite pelvienne suppurée.

Arrêt de la sulfamidothérapie.

Après avoir présenté pendant quelques jours des grandes oscillations, la température demeure en plateau à 40° tandis qu'apparaît une parotidite.

Petit à petit, la température redescend, tandis que l'évolution se fait spontanément et progressivement vers la guérison.

OBSERVATION N° III

MADAME PE... (1806 - 1939).

Entre le 19-X-39, grossesse de trois mois et demi, début d'avortement, pose de laminaires.

Le 20, expulsion d'un fœtus et curettage ramenant le placenta les jours suivants, la température reste un peu élevée, l'utérus est un peu gros et douloureux.

Le 26, la malade présente pour la première fois un frisson, le lendemain, température à 40°, léger ballonnement abdominal, pose d'un drain de Mouchotte, sérum de Vincent et anti-gangréneux ; pas d'amélioration.

Le 28, les frissons se répètent, la température monte alors à plus de 41°, une hémoculture faite ne montre que du staphylocoque blanc, on essaie un traitement *sulfamidé* assez intense per os et par voie intraveineuse : pas d'amélioration, les frissons persistent ; les hémocultures faites resteront négatives ; la malade semble très anémiée ; la formule sanguine montre :

2. 330.000 globules rouges,

9.090 globules blancs (93 % de polynucléaires).

L'état général décline progressivement malgré le traitement et les transfusions.

Le 2 novembre, foyer pulmonaire de la base droite, expectoration purulente. B. K. négatif.

Le 4, la malade est mise au *carboxy-sulfamido-chrysoïdine*, l'évolution de la maladie se poursuit avec frissons, température assez oscillante, anémie, abdomen douloureux avec une légère défense à droite.

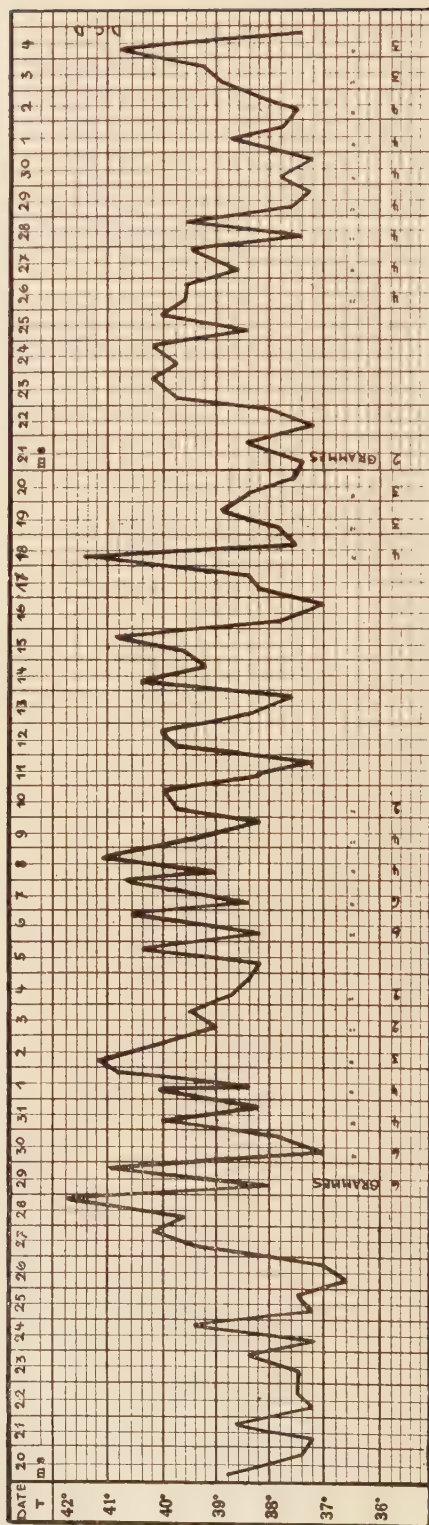
Le 8 : globules rouges : 750.000.

globules blancs 10.950.

Le 11 : apparition d'un souffle systolique à l'orifice pulmonaire.

Le 17 : foyer pulmonaire de la base gauche, on reprend un traitement à la *paramino-phényl-pyridine* ; du 18 au 22, légère baisse de température ; puis les frissons reprennent.

Le 27, une ponction du cul-de-sac pleural gauche ramène un liquide louche ; à la culture : staphylocoque.



OBSERVATION N^o III.

On reprend la *paramino-phényl-pyridine* jusqu'à l'évolution terminale de la maladie.

Décès le 4 décembre.

Vérification.

abcès multiples au niveau des deux pounions,
épanchement cloisonné à gauche,
abcès miliaires des reins,
abcès de l'ovaire droit,
Thrombo-phlébite des veines utérines.

OBSERVATION N° IV

MADAME LE... (649 - 1942).

Accouchement normal le 2 mai.

Le lendemain, température à 38° 4, pertes abondantes, fétides ; on met la malade au traitement *sulfamidé*, 18 grammes de paramino-phényl sulfamide en cinq jours.

Malgré le traitement, la température demeure entre 37 et 38° pendant trois semaines ; les examens d'urine sont négatifs, l'abdomen est souple avec un utérus sensible.

Le 26 mai, apparition brusque de frissons avec température à 41° 4 ; l'hémoculture ne montrera que du staphylocoque blanc ; présence de colibacilles dans les urines, la malade est alors mise au *paramino-phényl-sulfamido-thiazol* : aucune amélioration ; les frissons persistent, la région lombaire est empâtée ; sonde à demeure dans le bassinnet droit.

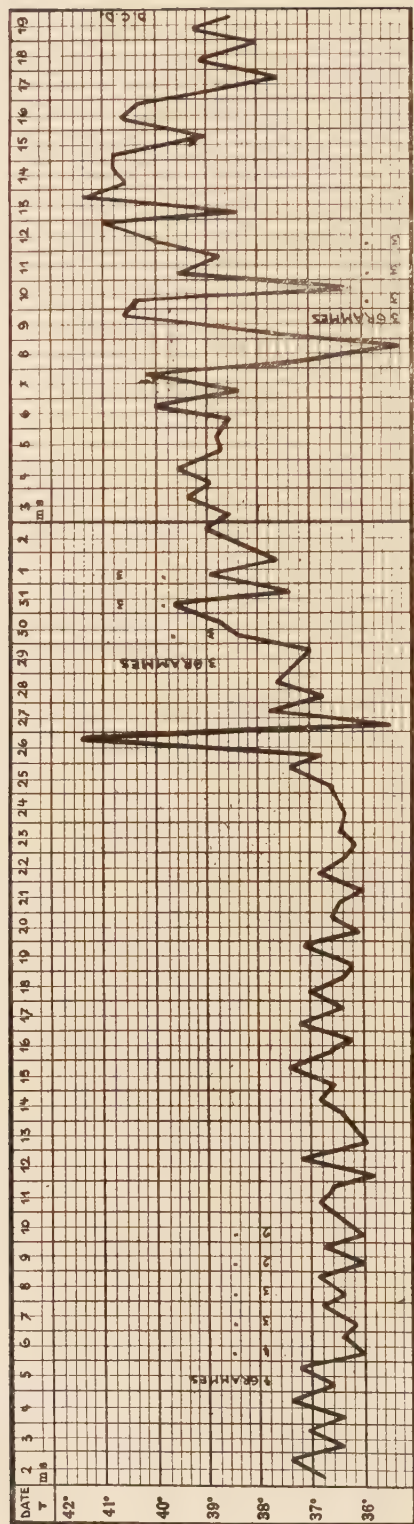
l'urée sanguine est à 0 gr. 50 le 27 ;

les hémocultures faites le 1^{er}, le 6, le 13 juin, resteront négatives ;

on note une légère amélioration aux premiers jours de juin, au moment où la malade reçoit du sérum anticolibacillaire.

Le toucher vaginal montre un utérus gros, douloureux, non fixé avec une région para utérine droite douloureuse, on sent à ce niveau une masse douloureuse assez molle.

Le 9 juin, reprise des frissons avec température très irrégulière on reprend la même thérapeutique *sulfamidée* en y joignant des



OBSERVATION N^o IV.

transfusions répétées, la malade reçoit en outre une injection de propidon.

L'état général s'aggrave, l'urée est à 0 gr. 66.

Le 13 juin, arrêt de la sulfamide, sérum antistreptococcique et abcès de fixation.

Les 15 et 16 juin, ballonnement abdominal puis occlusion avec défense pariétale à la région sous-ombilicale et para médiane droite ; au toucher : guère de modification, utérus un peu gros avec masse molle latéro-utérine, rien ne bombe dans le Douglas.

Aggravation progressive et décès le 19 juin.

Vérification.

Pus dans le petit bassin, les anses grêles sont agglomérées.

Pédicules utérins largement infiltrés surtout à droite où la thrombose veineuse est très étendue.

Volumineux abcès contenant près de 400 grammes de pus, rétropariétal remontant depuis le pelvis jusqu'au pôle inférieur du rein droit ; à la coupe le rein droit est intact (Streptocoque).

PÉRITONITES

OBSERVATION N° V

MADAME HA... (642 - 1941).

Incision du col pour rigidité.

Malade entrant le 26-4-41, on trouve des bruits du cœur normaux, les membranes sont rompues, la température est à 37°5; col est épais avec une dilatation de 0 Fr. 50.

Travail extrêmement lent.

Le 28, la température s'est élevée progressivement jusqu'à 38° 4, le liquide est teinté, la dilatation ne dépasse pas la petite paume avec un col épais et rigide.

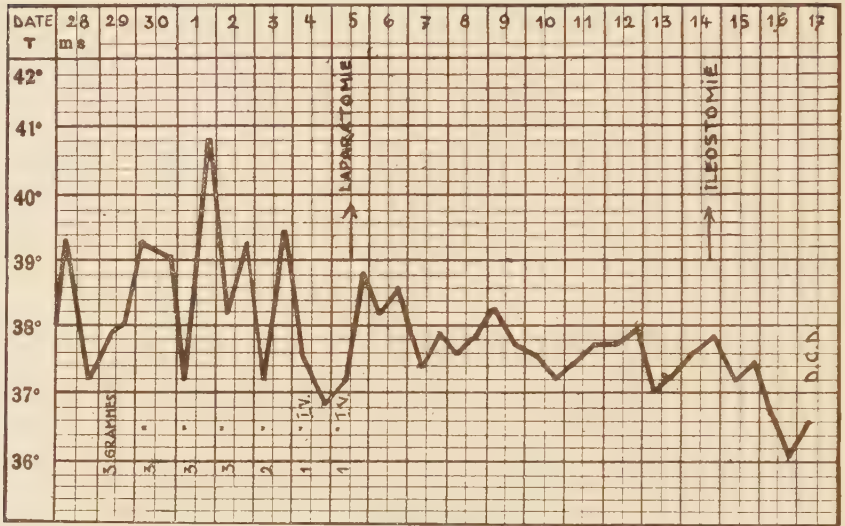
Incision antérieure du col, forceps, extraction d'une fille vivante délivrance naturelle ; on referme l'incision au catgut.

La température atteint 39° le soir, la malade est mise à la *paramino-phényl-pyridine* per os, puis devant l'intolérance on emploie le produit soluble — dose totale : 16 grammes.

Le surlendemain de l'accouchement, frissons et température atteignant 40° 6 ; hémoculture qui sera positive au streptocoque.

Les jours suivants les frissons se répètent, les pertes vaginales sont purulentes, l'abdomen douloureux, ballonné, légère défense.

Le 5 mai, laparatomie devant les signes de péritonite qui se précisent, pus bien lié à l'ouverture du ventre, drainage du Douglas.



OBSERVATION N° V.

Arrêt de la sulfamidothérapie : les jours suivants, légère amélioration, les hémocultures restent négatives, mais une paralysie intestinale progressive s'installe et malgré l'aspiration duodénale continue, puis une iléostomie, la malade décède le 17.

Vérification.

Pus en grande quantité, anses grêles agglutinées.

Utérus : sans perforation, un peu gros, aucun débris à l'intérieur.

Abcès pulmonaire du lobe inférieur gauche du poumon.

OBSERVATION N° VI

MADAME BA... (1227 - 1941).

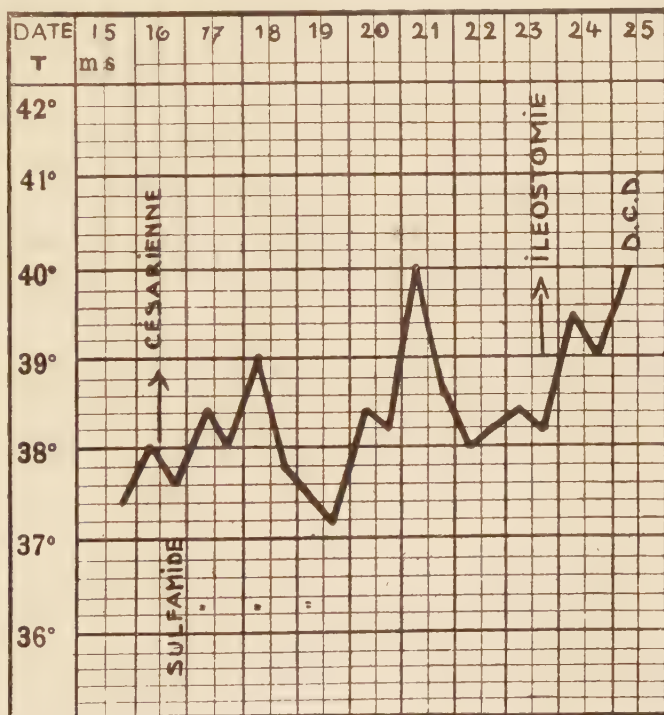
Césarienne basse pour rigidité du col et infection amniotique.

A son entrée à l'hôpital, le 14-7-41 : grossesse de huit mois environ, bruits du cœur perçus, col perméable, membranes rompues, température 37° 4 ; albuminurie.

Travail très lent ;

le 16-7 dilatation ne dépassant pas 2 Fr., température 38°. T. A. 19-10.

On décide de faire une césarienne, liquide amniotique légèrement fétide, extraction d'un enfant vivant, suture de l'utérus et du péritoine. *Pulvérisation* large de paramino-phényl sulfamide intra



OBSERVATION N° VI.

abdominal ; immédiatement après l'intervention *sulfamido-thérapie* 20 grammes du 16 au 20 par voie rectale et per os. (Cf. tableau.)

Le 19 au soir, subictère, arrêt de la thérapeutique sulfamidée.

Le 20, ictère franc généralisé ;

urée sanguine 0 gr. 70 ;

numération : globules rouges : 3. 800. 000,

globules blancs : 12. 500.

par ailleurs ballonnement intestinal qui s'accroît, gaz très rares ; malgré l'aspiration duodénale continue les signes d'occlusion obligent à intervenir, le 23 : iléostomie.

En dépit de l'opération aggravation progressive, vomissements fécaloïdes et décès le 25.

Vérification.

Dilatation de tout le tractus digestif.

Liquide dans l'abdomen.

Désunion totale de la suture utérine et du segment gauche de la suture péritonéale.

OBSERVATION N° VI — DOSAGE DES SULFAMIDES

<i>Dates</i>	<i>Heure du</i>	<i>Total du produit</i>	<i>Concentration</i>	
	<i>Prélèvement</i>	<i>absorbé en grammes</i>	<i>Sang</i>	<i>Urines</i>
<i>16-7-41</i>	17 h. 30	Pulvérisation large de sulfamide à l'interv.	1 mmg., 5	50
<i>17</i>	11 h.	6 gr.	1	5
8 suppositoires de 1 gr.	18 h. 30	7	2	50
<i>18</i>				
7 suppositoires de 1 gr.	10 h. 15	12	1	5
	18 h. 45	16	1	15
<i>19</i>				
3 suppositoires 4 comprimés	9 h.	19	0	6
	17 h.	20 gr. 50	1	6
<i>20</i>	10 h.		4	45
arrêt (ictère)				

OBSERVATION VII

(communiquée par M. le Dr SUZOR.)

Nous sommes appelés en consultation en août 1941 auprès de Madame L...

Retard de règles, tentative d'avortement faite trois jours auparavant.

Examen le troisième jour : la sonde métallique est restée in intéro, température 39° 7, pouls 120, défense abdominale. Diagnostic posé : *perforation* utérine. Nous faisons transporter la malade en maison de santé et une consultation est demandée avec un chirurgien connu de la famille (M. Fey). Ce dernier, d'accord sur le diagnostic, conseille : repos, glace, *sulfamidothérapie* à la dose de 5 grammes par jour.

Quatrième jour : aggravation de l'état général, vomissements, température à 40°, ventre contracturé, tableau de péritonite. Monsieur Suzor, médecin traitant, prie M. Fey de revoir la malade ; l'éventualité fatale, en l'absence d'intervention est évidente, celle-ci comportera d'autre part de gros risques ; on recourt à un troisième consultant (Professeur Mondor) qui conseille l'intervention ; celle-ci montre une perforation utérine, hystérectomie, drainage à la Mickulicz après avoir largement saupoudré l'abdomen de poudre de *sulfamide*.

La *sulfamidothérapie* per os est continuée jusqu'à 20 grammes ; évolution favorable mais, le 13^e jour, *désunion* complète de la paroi après ablation des fils, sans qu'il y ait eu de signes extérieurs de suppuration.

Cette observation mérite quelques commentaires :

1^o) Un certain désaccord s'était élevé entre les consultants (Fey-Suzor) au cours de la première consultation à propos de l'opportunité de la *sulfamidothérapie*. Toutefois, M. Suzor se rangea de l'avis de M. Fey, ce dernier affirmant l'action éminemment favorable de cette médication dans les cas semblables. Cette thérapeutique n'ayant pas empêché l'évolution rapide vers une péritonite généralisée, l'objection en fut faite par M. Suzor à M. Fey, lequel répondit : « Vous ne pouvez tout de même pas demander une action favorable dans un cas aussi grave ; » ce à quoi il lui fut réparti :

« c'est précisément pour ces cas graves que nous avons besoin d'une thérapeutique efficace ».

2^o) Il est à remarquer que la désunion totale de la paroi s'est produite le 13^e jour, après l'intervention, alors que la cicatrisation paraissait totale.

Cette désunion peut être rapprochée de celle mentionnée dans l'observation précédente.

Plusieurs auteurs attribuent, en effet, à la sulfamide une action freinatrice sur la multiplication cellulaire, fait déjà constaté à propos de la spermatogénèse ; certains admettent aujourd'hui que le processus cicatriciel peut de même être ralenti et peut-être pouvons-nous interpréter nos constatations comme étant le résultat d'une action cytostatique exercée par le médicament sur la multiplication cellulaire au niveau des cicatrices.

SEPTICÉMIES

OBSERVATION N^o VIII

MADAME PO... (1835 - 1939).

Avortement spontané de quatre mois, puis septicémie à streptocoque chez une VI^{me} pare ayant présenté cinq accouchements normaux.

Le 27-10-39, à l'entrée : grossesse de quatre mois, col diminué de longueur, fermé, membranes intactes, urines normales, température 38°, quelques pertes sanguines.

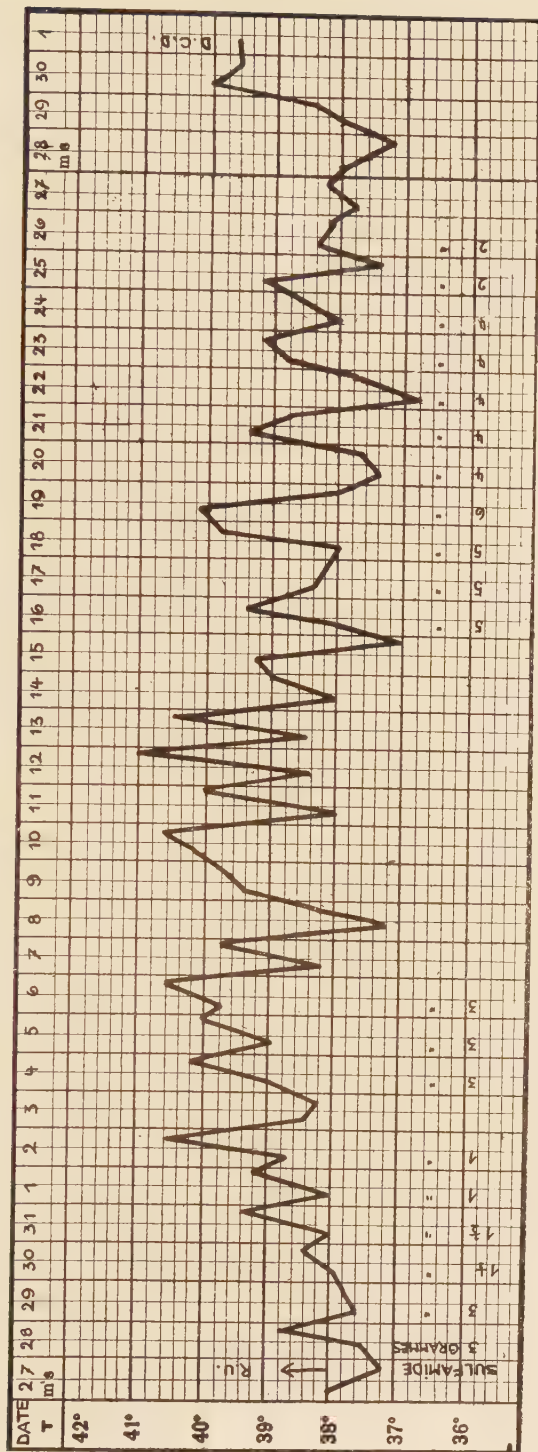
Quelques heures après, dilatation grande paume, rupture artificielle des membranes suivie assez rapidement de l'expulsion d'un fœtus mort-né.

Délivrance naturelle paraissant incomplète.

Dans la soirée : révision utérine ramenant des débris placentaires, mèche au sérum de Vincent, glace et *paramino-phényl-sulfamidé*.

Les jours suivants, la température reste entre 38 et 39°. La fosse iliaque droite est un peu douloureuse à la palpation.

Le 2 novembre : pas d'amélioration, drain de Mouchotte ; formule sanguine :



OBSERVATION N° VIII.

globules rouges : 2. 665. 000

globules blancs : 23. 700 (83 % de polynucléaires).

Urines normales, arrêt du traitement sulfamidé.

Le 3 : frissons, hémoculture positive au streptocoque.

Le 4 : devant les résultats de l'hémoculture on essaie un traitement au *carboxy-sulfamido-chrysoïdine* pendant quelques jours, puis on fait un abcès de fixation, pas d'amélioration, la température reste élevée, les frissons se répètent ; on associe au traitement le sérum de Vincent.

Le 9 : une nouvelle hémoculture est encore positive au streptocoque.

Du 11 au 15 novembre, la malade présente toujours de nombreux frissons, devant l'altération de plus en plus marquée de l'état général on fait plusieurs transfusions.

Le 16 : congestion de la base gauche, point de côté ; la malade est alors mise à la *paramino-phényl-pyridine* : la température descend légèrement mais l'état général est de plus en plus grave et malgré les transfusions, la formule sanguine montre :

Le 22 : 1. 900. 000 globules rouges

Le 29 : 1. 380. 000 globules rouges.

La malade succombe le 1^{er} décembre.

Pas de vérification.

OBSERVATION N° IX

(communiquée par M. le D^r SUZOR.).

(parue en détail dans le bulletin de Gynécologie-Obstétrique, mars 1939, p. 156).

Septicémie puerpérale grave.

Malade présentant des hémorragies vers le 7^e mois de sa grossesse, hospitalisée en maison de santé et traitée préventivement en raison de son état fébrile par le *carboxy-sulfamido-chrysoïdine*.

Le 31 juillet, hémorragie cataclysmique, nous sommes appelés auprès de cette malade en l'absence du médecin traitant ; elle présente un sérieux état d'anémie, température à 38° 2, siège décomplété, non engagé, dilatation 2 Fr., placenta marginal.

Manœuvre de Braxton et transfusion.

Suites de couches.

1^{er} jour : température 40°, pouls 150 ; après une consultation avec un collègue cardiologue, demandée par le mari, les prescriptions se font ainsi : digitaline, pressyl, *para-amino-phényl-sulfamide* comme antiseptique.

2^e jour : pas d'amélioration.

3^e jour : somnolence, myosis, oligurie, urée : 1 gr. 35, suppression de la *para amino-phényl-sulfamide*.

5^e jour : frissons, délire, hémoculture négative.

Une consultation est demandée par le mari avec un collègue accoucheur (D^r Portes), prescriptions : sérum de Vincent : 100 cm³ par jour.

6^e au 12^e jour : amélioration passagère, l'urée retombe à la normale, les frissons persistent, après six jours de traitement l'hémoculture est positive au streptocoque hémolytique ; la formule sanguine est alors :

globules rouges : 2. 500. 000

globules blancs : 12. 000 (prédominance de granuleux).

Arrêt du sérum de Vincent.

13^e jour : température 39°, pouls 100, anémie de plus en plus marquée, mauvais état général, une nouvelle numération donne :

globules rouges : 1. 800. 000

globules blancs, même formule.

Nous prescrivons des transfusions répétées, le mari demande une consultation avec M. le D^r Tzanck ; celui-ci, d'accord pour faire une transfusion immédiate demande également de reprendre le traitement sulfamidé ; sur notre objection que le traitement précédent a paru être la cause de l'augmentation de l'urée sanguine, M. Tzanck prescrit une transfusion de *deux litres* de sang citraté en goutte à goutte.

15^e jour : amélioration très nette de l'état général, température à 37°, faciès hypercoloré, numération : 3. 200. 000 globules rouges et 13. 000 globules blancs.

Les jours suivants, les frissons s'espacent, l'anémie diminue peu à peu, et après plusieurs transfusions de sang citraté, évolution vers la guérison.

Nous citons enfin deux observations types de malades qui, bien qu'ayant présenté des signes d'infection au moment, ou après leur accouchement, n'ont intentionnellement pas été traitées par la sulfamidothérapie.

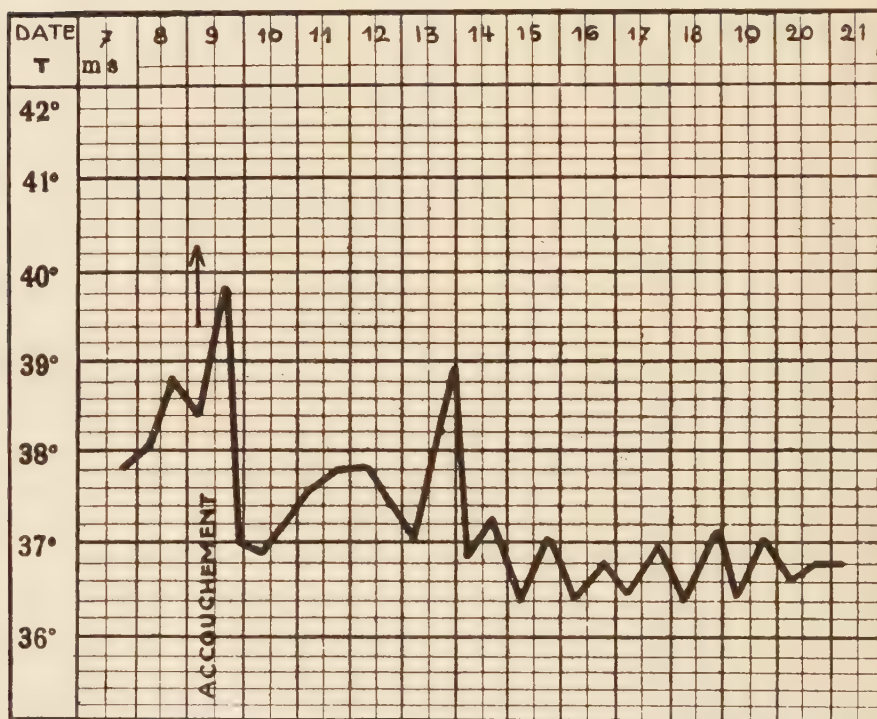
Les circonstances actuelles nous obligent à limiter ici ce genre d'observations que nous pourrions fournir au nombre d'une vingtaine.

OBSERVATION N° X

MADAME LI... (1293 - 1942).

Entrée le 7-9-42 : tête fixée, bruits du cœur perçus, dilatation 2 francs, température 37° 8.

Le 8, dilatation entre 2 et 5 francs, température atteignant 38° ;



OBSERVATION N° X.

on fait des petites incisions sur la muqueuse du col, injection d'eau bouillie chaude ;

dans la soirée, frissons, température à 38° 7.

Le 9, au matin, pertes très fétides, col œdédié, incision du col et application de forceps, enfant mort-né, pesant 3. 880.

L'extraction est suivie d'une infection intra-ovulaire à la solution de Tarnier,

puis on fait une délivrance artificielle.

Traitement . glace sur le ventre.

au début de l'après-midi, la femme fait un frisson, température 39° 9.

Le soir, température à 37°, évolution normale sans plus de traitement.

OBSERVATION N° XI.

MADAME CH... n° (1 408 - 1942).

Cette malade entre dans le service le 29-9-42.

Examen : membranes rompues ; excès de liquide, dilatation 2 francs, température 37°.

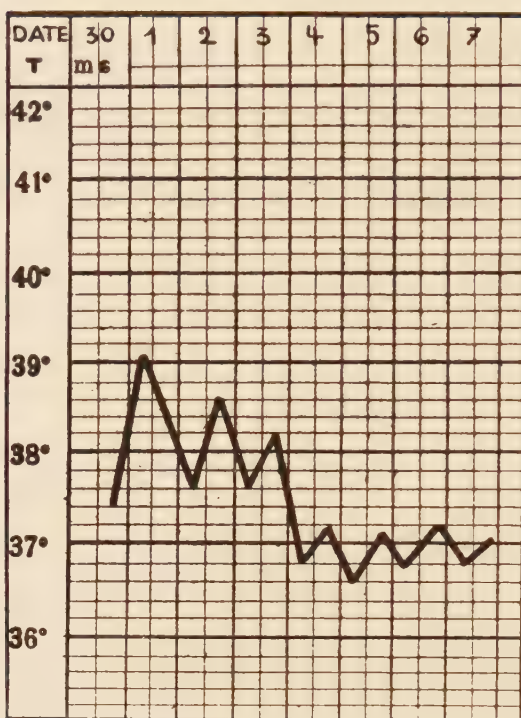
Le 30 à 8 heures, version podalique par manœuvre interne : extraction d'une fille vivante,

Légère hémorragie suivant la délivrance, tamponnement, glace sur le ventre.

Le lendemain, la température monte à 39°, l'examen est négatif.

Traitement : aucun.

Évolution spontanée vers la normale en quelques jours.



OBSERVATION N° XI.

Ainsi donc notre apport personnel nous permet de constater d'une part qu'un certain nombre de femmes activement traitées par la sulfamidothérapie ont décédé en dépit du traitement.

A l'opposé un certain nombre de femmes ayant présenté des signes d'infection grave et n'ayant reçu intentionnellement aucune thérapeutique ont pu guérir.

« On devient sceptique avec l'âge » a dit BRINDEAU (91) et le recul nous paraît dès maintenant suffisant pour formuler nos conclusions.

CONCLUSIONS

1° La sulfamidothérapie *préventive* pour les infections des suites de couches (infections dites puerpérales) est inutile. Lorsqu'elle pourrait être utile, elle est contre-indiquée.

2° Rien dans la documentation actuelle ne démontre l'action favorable de la sulfamidothérapie pour ces mêmes infections *confirmées*.

3° Rien non plus dans notre documentation personnelle ne permet de démontrer cette action.

4° L'action nocive de la sulfamide vis-à-vis des éléments figurés du sang nous fait conclure que ce médicament doit être rejeté pour le traitement des septicémies à streptocoques hémolytiques. L'anémie existant au cours de cette forme d'infection constituant déjà un élément de pronostic défavorable.

5° Si la vogue de la sulfamidothérapie peut se justifier pour certaines formes d'infections *non puerpérales*, celle-ci ne repose donc sur aucune base sérieuse pour les infections *dites puerpérales*.

6° Cette vogue est d'autant plus dangereuse que des praticiens se sont crus autorisés à négliger les règles élémentaires de la simple asepsie au cours d'actes obstétricaux sous la seule condition d'utiliser la sulfamidothérapie. Une telle ligne de conduite constitue la faute la plus grave en l'état actuel des choses.

Vu
Le Doyen
BAUDOIN

Vu
Le Président
MOCQUOT

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
GIDEL

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Jean GOSSET Sulfamide et chirurgie d'urgence. La Semaine des Hôpitaux, 1^{er} mai 1941, p. 273.
- 2 PAUCOT et GELLÉE Un cas d'hystérectomie pour infection puerpérale grave. Lille, février 1936, p. 142.
- 3 Louis GERNEZ Infection puerpérale, hystérectomie sérum de Vincent; guérison. Lille, février 1936, p. 144.
- 4 HOUEL J. E. Parotidite aiguë post opératoire obstétricale. Alger, mars 1938, p. 231.
- 5 MALET Essai de Prophylaxie des infections puerpérales. Thèse de Paris, 1937.
- 6 VERMELIN et HARTEMANN De l'emploi du chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine en injections intra-veineuses dans le traitement de l'infection puerpérale. Nancy, février 1936, p. 158.
- 7 MAHON et PERY Abscès du sein à forme septico pyohémique. Bordeaux, avril 1939, p. 223.
- 8 BONAFOS Le traitement de l'infection puerpérale par les dérivés sulfamidiques. Alger, mars 1939, p. 344.
- 9 J. DECOUX Les accidents de la sulfamidothérapie. Le Scalpel, septembre 1939.
- 10 HILLEMAND et AUDOLY Syndrome anémique et granulopénique après sulfamidothérapie. Med. des hôp., 21 mars 1941.
- 11 RESTONNEIX Rapport de Viollet. Bull. de la Société Française d'Urologie, 11 juillet 1938.
- 12 Martin SCHUBERT Derm. Wechenschrift, 19 nov. 1938.
- 13 EULER Munich. med Wechenschrift, 19 nov. 1938.
- 14 MERGELSBERG et GRUMER Derm. Wechenschrift 1938.
- 15 O'CONNEL V. S. Naval. med., Bull. N° 96.
- 16 J. SCHWARTZ, GARVIN Journ. Amer. med. Assoc. N° 110-368 — 1938.
et KOLETSKY
- 17 BERG et HOLTZMANN Journ. Amer. Med. Assoc. N° 110 — 1370, 1938.
- 18 F. D. JOHNSON Agranulocytosis following treatment with M. et B. 693 the lancet, 1938.
- 19 FROST id. The lancet, 1937.

- 20 MODEL A. British medical Journ. 1937.
- 21 PLUMER H. E. New Engl. med. journ. 1937.
- 22 YOUNG C. J. British, med. journ. 1937.
- 23 BORST J. G. G. the Lancet 1937.
- 24 J. JANET Les sulfamides, leurs indications, leurs dangers. Journal de Médecine et de Chirurgie, 10 décembre 1928.
- 25 LACOMME Premiers résultats d'un essai de prophylaxie de l'infection puerpérale par le chlorhydrate de sulfamide chrysoïdine. Paris, juillet 1936, p. 459.
- 26 LACOMME Nouveaux résultats de l'essai de prophylaxie des infections puerpérales institué à la Clinique Baudelocque. Considérations sur l'interprétation des résultats. Paris, juin 1937, p. 459.
- 27 LE LORIER Id. juin 1937, p. 466.
- 28 LANTUEJOUL Id. juin 1937, p. 465.
- 29 VORON, PIGEAUD et BURTHIAULT Essai de prophylaxie des infections puerpérales à l'aide du « benzil-amino-benzene-sulfamide. Lyon, novembre 1937, p. 734.
- 30 RHENTER Id. p. 735. Lyon, novembre 1937.
- 31 GUENIOT Résultats obtenus dans une maternité par l'emploi¹ préventif des sulfamides après les accouchements. Académie de Médecine, 12 novembre 1940.
- 32 Juan LEON et FERRARI Chimiothérapie préventive de l'infection puerpérale. Sociedad de Obstetricia y Ginecologia de Buenos-Aires. 2 août 1937.
- 33 BETTO Sulfamides et prophylaxie de l'infection puerpérale. La Clinica estetrica e ginecologica. Scicli, octobre 1939.
- 34 TARNIER De l'asepsie et de l'antisepsie en Obstétrique, 1894. Paris, Steinheil, éditeur.
- 35 DESCARTES Discours de la méthode, 1637.
- 36 SUZOR Prophylaxie systématique et infection puerpérale. L'entente médicale, 5 février 1938.
- 37 SUZOR Septicémie grave traitée par la perfusion sanguine. Paris, mars 1939, p. 156.
- 38 Marcel MOINE La mortalité puerpérale en EUROPE vers 1934. Siècle médical, 1935.
- 39 TARNIER Thèse de Paris : Recherche sur l'état puerpéral et sur les maladies des femmes en couches. Paris, 1857.
- 40 SUZOR Les péritonites puerpérales. Thèse de Paris, 1927.
- 41 D. J. POMPOURAS Thèse de Paris. Mortalité par infection puerpérale, 1933.

- 42 ECALLE Les fausses infections puerpérales. Leçon du jeudi, à la clinique Tarnier. Paris, 1936.
- 43 HARTEMANN Un cas de colibacillose simulant une infection puerpérale. Paris, janvier 1936, p. 102.
- 44 PERY BALARD et MANGE Infection puerpérale grave péritonite laparatomie, sérum de Vincent; guérison. Bordeaux, novembre 1933, p. 759.
- 45 JEANNIN Traitement des infections puerpérales d'après la méthode suivie à la clinique obstétricale de la Pitié à Paris. Rapport Congrès de Québec, 1928, pp. 13 et 14.
- 46 VORON, LYONNET A et MAGNIN propos de la valeur pronostique des hémocultures. Lyon, décembre 1938, p. 772.
- 47 CLEISZ Deux cas de septicémie puerpérale à streptocoques hémolytiques guérie par le sérum de Vincent. Paris, février 1936, p. 114.
- 48 LAFONT et EZES Trois observations de complications pulmonaires graves au cours de septicémies à streptocoques. Alger, octobre 1934, p. 511.
- 49 VORON et BROCHIER Forme anormalement prolongée de l'infection puerpérale. Lyon, mai 1933, p. 408.
- 50 VERMELIN Hémorragie secondaire des suites de couches. Nancy, mai 1933, p. 489.
- 51 MAHON Hémorragie secondaire des suites de couches. Bordeaux, avril 1933, p. 518.
- 52 ANDERODIAS MAHON Infection septicémique à streptocoque hémolytique. CHASTAIGNIER Sérum de Vincent, guérison. Bordeaux, avril 1933, p. 519.
- 53 RHENTER POLOSSON Hystérectomie pour fibrome praevia, septicémie à staphylocoques dorés, traitement par le sérum glucosé en instillations intra veineuses; guérison. Lyon, juillet 1939, p. 487.
- 54 VORON LYONNET Infection sévère avec hémoculture positive. Traitement FLATTOT par le sérum glucosé alcoolisé en goutte à goutte; guérison. Lyon, juin 1939, p. 439.
- 55 MAHON PERY Abscès du sein à forme septico pyohémique. Bordeaux, avril 1939, p. 222.
- 56 SUZOR Septicémie puerpérale grave traitée par la perfusion sanguine; guérison. Mars 1939, p. 156. Paris.
- 57 PORTES LANTZ Septicémie post abortive compliquée de spondylite, étude bactériologique. Paris, décembre 1938, p. 742.

- 58 TRILLAT CONTAMIN et BURTHIAULT A propos du traitement de l'infection puerpérale par l'instillation de sérum glucosé alcoolisé. Lyon, avril 1938, p. 291 (4 obs.)
- 59 PERY Hémorragie secondaire des suites de couches. Bordeaux, avril 1933, p. 516.
- 60 SCHEBAT et BUROU Deux cas de septicémie puerpérale mortelle. Alger, octobre 1936, p. 609.
- 61 VORON et BROCHIER Un cas de septicémie aiguë mortelle après curage digital pratiqué le 4^e jour du post partum. Lyon, octobre 1934, p. 550.
- 62 BURGER Mastite puerpérale avec septicémie subaiguë. Strasbourg, avril 1939, p. 294.
- 63 RHENTER AMBRE Septicémie mortelle à staphylocoques dorés. Infection staphylococcique du nouveau-né. Lyon, mai 1938, p. 3.
- 64 DIGONNET Hémorragie secondaire du post partum traitée par hystérectomie et la méthode chimiotherpique, mort le 40^e jour des suites de couches. Paris, mars 1939, p. 168.
- 65 VORON BROCHIER A propos de trois cas de péritonite du post partum. Lyon, novembre 1936, p. 720.
- 66 SCHEBAT et BUROU Trois cas de péritonite puerpérale. Alger, octobre 1936, p. 571.
- 67 BRETTE Trois cas de péritonite puerpérale traitée par simple drainage; deux guérisons, un décès. Paris, mars 1939, p. 185.
- 68 ESTIENNY Péritonite post partum laparatomie drainage; guérison. Toulouse, février 1936, p. 183.
- 69 KELLER Deux guérisons de péritonite tardive. Strasbourg, janvier 1935, p. 108.
- 70 DELANNOY DEMAREZ Péritonite par perforation d'abcès; guérison. Lille, avril 1939, p. 241.
- 71 FAVREAU Péritonite puerpérale d'origine annexielle, opération; guérison. Lille, mars 1939, p. 178.
- 72 ANDERODIAS LAFARGUE PERY Sur un cas de péritonite puerpérale. Bordeaux, juin 1938, p. 430.
- 73 CONTAMIN Contribution à l'étude du traitement des péritonites aiguës diffusantes du post partum. Lyon, mars 1938, p. 248.
- 74 LÉVY SOLAL Discussion. Paris, juillet 1935, p. 443.
- 75 LEVY SOLAL SUREAU et COHEN Myométrie suppurée après accouchement gemellaire normal, symptômes pyohémiques. Paris, décembre 1934, p. 705.

- 76 BALARD et VIAUD Sur deux cas d'irido choroidite purulente métastatique au cours d'infection puerpérale. Bordeaux, décembre 1934, p. 732.
- 77 LAFFONT et EZES Trois cas d'arthrite suppurée au cours d'infections puerpérales à forme septico pyohémique. Alger, octobre 1933, p. 659.
- 78 PAUGOT et LEGRAND Phlébite pelvienne et du membre supérieur à forme aiguë de nature staphylococcique. Lille, mai 1939, p. 362.
- 79 PATOIR DECOULX Thrombo phlébite post partum hystérectomie péritonite et mort. Lille, octobre 2 1937, p. 662.
- 80 FULCONIS Phlébite pelvienne post abortum ligature de la veine cave. Alger, mars 1938, p. 211.
- 81 DIGONNET et LAMOTTE Un cas d'infection puerpérale grave traitée par l'association de para amino phenil sulfamide et de quinine. Janvier 1938, p. 67.
- 82 LACOMME Un cas grave d'infection du post partum traité par le chlorhydrate de sulfamide chrysoidine. Paris, juillet 1935, p. 443.
- 83 DAUVERGNE et BANSILLON Thrombo phlébite pelvienne grave; guérison spontanée. Lyon, février 1936, p. 149.
- 84 Max MOREL Un cas de thrombo phlébite pelvienne. Lyon, janvier 1935, p. 62.
- 85 MAHON Forme métrorragique de l'infection puerpérale. Hystérectomie sérum de Vincent; guérison. Bordeaux, décembre 1934, p. 730.
- 86 VORON BROCHIER Phlébite du membre supérieur droit avec phlegmon périphlébitique. Lyon, octobre 1934, p. 555.
- 87 LAFFONT BONAFOS Un cas de phlébite pelvienne guérie. Alger, décembre 1933, p. 192.
- 88 ANDERODIAS Jean Thrombo phlébite suppurée. Ligature haute de la veine utéro ovarienne droite; guérison. Bordeaux, avril 1933, p. 522.
- 89 MAGENDIE Thrombo phlébite puerpérale traitée par hystérectomie et ligature à distance du seulpéricule utéro ovarien. Bordeaux, décembre 1938, p. 755.
- 90 LEMIERRE Cité par COSTE et GAUCHER. La Semaine des Hôpitaux, 15 décembre 1941, p. 308, 2^e colonne, 22^e ligne.
- 91 BRINDEAU Discussion. Société de Gyn. et Obstr. Paris, février 1936, p. 121.

